ÉTUDE

D'UN CAS DE

FIÈVRE TYPHOÏDE A RECHUTE

A FORME SEPTICÉMIQUE

ACCOMPAGNÉE D'HÉMORRHAGIES INTESTINALES MULTIPLES
SUIVIE DE PERFORATION
(AVEC FORMATION D'ABCÈS DANS LE FASCIA SOUS-PÉRITONÉAL)
ET D'INSUFFISANCE SURRÉNALE

PAR LES DOCTEURS

VIGOUROUX
de Cormeilles en Parisis

HENRI PIED
Chirurgien adjoint de l'hôpital d'Argenteuil

Extrait de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*
(JOURNAL DES PRATICIENS)

PARIS
IMPRIMERIE CHARLES SCHLAEBER
A. TOURNON, ING^r E. C. P., SUCC^r
257, rue Saint-Honoré, 257

1911

3, BOULEVARD DE PONTOISE
ARGENTEUIL, PRÈS PARIS
TÉLÉPHONE I

ce 5/10. 1911

Monsieur et très honoré Maître

L'accueil si parfaitement bienveillant que vous m'avez fait au mois de Juin dernier en acceptant l'hommage de deux exemplaires de notre travail sur le "

Please send thanks of President
for this copy as well as for
copy sent to College

S. F. C.

hommage très respectueux
Henri Pied

ÉTUDE

D'UN CAS DE

FIÈVRE TYPHOÏDE A RECHUTE

A FORME SEPTICÉMIQUE

ACCOMPAGNÉE D'HÉMORRHAGIES INTESTINALES MULTIPLES
SUIVIE DE PERFORATION
(AVEC FORMATION D'ABCÈS DANS LE FASCIA SOUS-PÉRITONÉAL)
ET D'INSUFFISANCE SURRÉNALE

PAR LES DOCTEURS

VIGOUROUX
de Cormeilles en Parisis

HENRI PIED
Chirurgien adjoint de l'hôpital d'Argenteuil

Extrait de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*
(JOURNAL DES PRATICIENS)

PARIS
IMPRIMERIE CHARLES SCHLAEBER
A. TOURNON, ING^r E. C. P., SUCC^r
257, rue Saint-Honoré, 257

1911



ÉTUDE

D'UN

CAS DE FIÈVRE TYPHOÏDE A RECHUTE

à forme septicémique.
accompagnée d'hémorrhagies intestinales multiples suivie de perforation (avec formation d'abcès dans le fascia sous-péritonéal) et d'insuffisance surrénale.

L'histoire qui va suivre nous a paru présenter quelque intérêt; elle ajoute un cas heureux aux faits déjà signalés qui améliorent le pronostic des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde; elle offre un exemple remarquable d'abcès gazeux sous-péritonéal.

Elle a fourni, au cours de la convalescence, une démonstration des plus nettes des altérations des glandes vasculaires sanguines dans les maladies infectieuses, et de l'action vraiment curative de l'opothérapie.

Mme D..., âgée de 32 ans, n'a jamais été malade jusqu'au mois de février 1911. Elle présenta, au début de février, les premiers symptômes d'une fièvre typhoïde à allure bénigne qui se termina par une chute en lysis normale le vingt-unième jour, le 27 février.

Cette malade paraissait être en convalescence lorsqu'elle fit, le 1er mars, une rechute des plus nettes, marquée, dès le 3, par une hémorrhagie intestinale peu abondante. L'hémorrhagie détermina une chute notable de la température (de 40°,5 à 37°,8), mais en 48 heures la courbe thermique avait regagné un plateau élevé

ainsi que le démontre le tracé ci-joint. Dès le début de cette rechute, il fut facile de se rendre compte que la dothiénentérie affectait chez notre malade une forme septicémique. Les phénomènes intestinaux étaient des plus atténués; à part un peu de gargouillement et une légère douleur au niveau de la fosse iliaque droite, l'abdomen était remarquablement souple et indolore. Disséminées çà et là sur le ventre, la partie inférieure du thorax, la partie supérieure des cuisses, quelques taches rosées témoignaient de la reprise de l'infection; la rate et le foie débordaient légèrement les fausses côtes, la température très élevée oscillait entre 39°,8 le soir, et 39° le matin.

La lucidité de la malade était parfaite, comme dans les septicémies en général; le pouls dépassait légèrement 120 et était bien frappé; il n'y avait pas le moindre œdème nulle part. La qualité du pouls et l'absence d'œdème témoignaient de l'intégrité de la petite circulation.

Il n'en était pas de même du cœur qui, à l'auscultation, présentait nettement le rythme embryocardique; les reins fonctionnaient, mais insuffisamment (trois quarts de litre par 24 heures), l'urine ne présentait que des traces indosables d'albumine.

Le 8 mars, une petite hémorrhagie intestinale se produisit de nouveau, qui n'abaissa que peu la température, mais nous obligea à restreindre l'alimentation de la malade à l'eau d'Evian et au suc de fruits, en l'aidant par des injections de sérum.

Le 13 mars, la température s'étant abaissée, nous essayâmes de lui redonner du lait par petites quantités, mais dès le 14 une nouvelle hémorrhagie intestinale se produisit plus abondante, suivie d'une élévation très marquée de la température.

Par suite de quelle aberration, dans une situation aussi grave, la famille, quoique prévenue du danger et instruite dans les moindres détails de ce qu'il y avait à faire et à ne pas faire, se décida-t-elle à purger la malade le 16 ? Nous l'ignorons. Toujours est-il que la patiente absorba, le 16 au matin, 30 grammes d'huile de ricin, alla deux ou trois fois péniblement à la selle et fut prise la nuit d'une douleur abdominale excessivement violente, siégeant vers l'ombilic avec sensation d'angoisse et changement complet du visage.

Appelé dès l'aube du lendemain, nous ne tardâmes pas à nous rendre compte que cette pauvre malade avait fait une perfora-

tion intestinale. Le facies, si bien conservé naguère, malgré l'émaciation, avec l'éclat des yeux et du regard, était terreux, plombé, recouvert d'un masque d'angoisse et de souffrance.

La température était basse (37°,2 rectale), mais le pouls irrégulier oscillait entre 116 et 120; le ventre, si souple la veille encore, était uniformément tendu et ballonné.

Mais à un examen plus précis, il était facile de se rendre compte que la résistance musculaire était limitée à la partie droite de l'abdomen. Le flanc droit et la fosse iliaque du même côté étaient très douloureux, rigides, impossibles à déprimer. La matité était absolue dans la fosse iliaque droite et se prolongeait en haut vers le flanc, à trois travers de doigt environ de son bord externe. La palpation des régions lombaires ne décelait rien d'anormal.

Il s'agissait vraisemblablement, sans pouvoir limiter autrement son siège, d'une perforation de la région iléo-cæcale

Les phénomènes de défense et la matité limités au flanc droit, la souplesse relative avec sonorité parfaite et douleur légère de toute la partie du ventre située à gauche de la ligne ombilicale, permettaient de penser qu'une barrière défensive commençait déjà à se former pour isoler de la grande cavité le siège de la perforation.

C'est sur cette constatation surtout que nous nous sommes appuyés pour différer une intervention. En l'état où nous nous trouvions, en pleine campagne, dépourvus de pansements stérilisés, dans une chambre poussiéreuse et essentiellement septique, chez une malade profondément affaiblie, une ouverture du péritoine nous aurait assurément conduits à un échec.

La malade étant intransportable, nous résolûmes de préparer tout ce qu'il fallait pour une laparotomie et d'attendre, prêts à intervenir, si nous avions la main forcée. Pendant 48 heures, l'état parut s'améliorer et les phénomènes péritonéaux s'atténuer lorsque, le dimanche 19 mars, après une nuit mauvaise, la situation fut totalement changée. Tout le flanc et la région lombaire à droite étant le siège d'une tuméfaction considérable, effaçant complètement l'échancrure costo-iliaque, extrêmement douloureuse au palper, qui donnait en même temps une sensation assez particulière de rénitence élastique et complètement mate à la percussion. Le facies de la malade était de nouveau grippé,

les vomissements qui avaient disparu pendant 24 heures, étaient revenus plus abondants. Le pouls, très rapide, battait 140, la température s'était relevée à 39°,2.

Nous décidâmes d'opérer sur le champ.

Après anesthésie à l'éther, nous fîmes l'incision classique pour la découverte du rein, incision qui fut prolongée parallèlement à la crète iliaque jusqu'au tubercule d'insertion du fascia lata.

Après avoir incisé les tissus et la couche musculaire superficielle, l'aponévrose du transverse nous apparut herniée, contre le bord du muscle petit oblique. tendue à éclater. Agrandissant par en bas notre incision musculaire, nous ouvrîmes très prudemment l'aponévrose, et l'ouverture donna lieu immédiatement à un échappement de gaz très fétide, à odeur dominante d'hydrogène sulfuré.

La tuméfaction s'effaça très rapidement, l'échancrure costo-iliaque réapparut; le visage de la malade se détendit, se recolora et la respiration devint plus régulière.

Agrandissant un peu en avant l'incision, nous pénétrâmes dans une vaste cavité où il était facile d'apprécier en haut le pôle inférieur du rein droit dépourvu de tissu cellulaire. Cette cavité était fermée de toutes parts par une membrane lisse qui nous a paru être le péritoine pariétal soulevé. Elle était nettement fermée au-dessus du pôle inférieur du rein, en avant, par l'insertion de la membrane lisse à la paroi qui nous a paru être l'insertion mésentérique postérieure; en bas et en avant par une membrane rugueuse parsemée de sillons qui semblait être le méso-cœcum. Il n'y avait pas de traces d'épanchement liquide quelconque dans la cavité. Epongeant avec le plus grand soin au moyen de compresses montées, il nous a été impossible de ramener quoique ce soit. Un très long et très gros drain fut poussé jusque dans la fosse iliaque en arrière du cœcum appliqué contre le méso.

Après l'intervention, il se produisit une détente manifeste; le lendemain, la température était abaissée à 38°, le pouls à 110.

Dès le lendemain matin, le pansement était souillé d'une très grande quantité de sérosité rousse, légèrement odorante. La journée du lundi se passa aussi bien que possible; mais dès le lundi soir, la température s'éleva, les vomissements reparurent et la douleur, localisée cette fois dans la fosse iliaque droite et l'hypogastre. Le facies redevint mauvais.

A l'examen, on sentait un empâtement douloureux situé à la partie externe et inférieure de la fosse iliaque droite soulevant la paroi.

Le mardi 21, nous décidâmes d'intervenir à nouveau.

Après anesthésie locale à la stovaïne, étant donné l'état de la malade, une incision de 10 centimètres, parallèle à la crête illiaque fut menée à 1 centimètre environ de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Après incision de la paroi et ouverture de l'aponévrose profonde, on arriva sur une collection liquide assez considérable qui se répandit aussitôt au dehors.

Ce liquide était presque incolore, mais donnait aux tissus des bords de la plaie l'aspect qu'ils prennent d'ordinaire après l'attouchement au chlorure de zinc.

Après avoir épongé, refoulant doucement avec le doigt le péritoine, nous pénétrâmes dans une cavité sous-péritonéale à deux diverticules : l'un, passant en arrière du cœum, allant rejoindre le trajet de l'opération lombaire dont on sentait le drain à travers un feuillet séreux ; l'autre, se dirigeant vers le bord du petit bassin.

Cette collection paraissait comme la première très bien fermée de toutes parts.

Nous plaçâmes deux gros drains, l'un, au contact du méso-cœcum, en nous gardant bien de l'effondrer ; l'autre fut poussé jusqu'au bord du petit bassin sans traverser la séreuse. Le toucher vaginal prouvait d'ailleurs qu'il n'y avait rien dans le cul-de-sac de Douglas.

La détente, dès le lendemain, était complète, la température était à 37°,5, les vomissements avaient disparu.

Il y eut une émission de quelques gaz, sans selle ; mais l'arrêt complet des matières et des gaz s'installait dès le jeudi matin, en même temps que le ballonnement intestinal réapparaissait.

L'état général s'aggravant de nouveau, les signes d'occlusion intestinale ne faisant aucun doute, les lavements de toutes sortes restant sans résultat, avant de tenter une troisième intervention, nous lui administrâmes le soir du 24 un lavement électrique. Nous fîmes deux séances d'un quart d'heure à 10 minutes d'intervalle avec une intensité de 25 milli-ampères et une force électromotrice de 40 volts.

Ce lavement fut accompagné d'une émission de gaz, dans la nuit, d'évacuation de matières liquides, et le lendemain, de selles très abondantes.

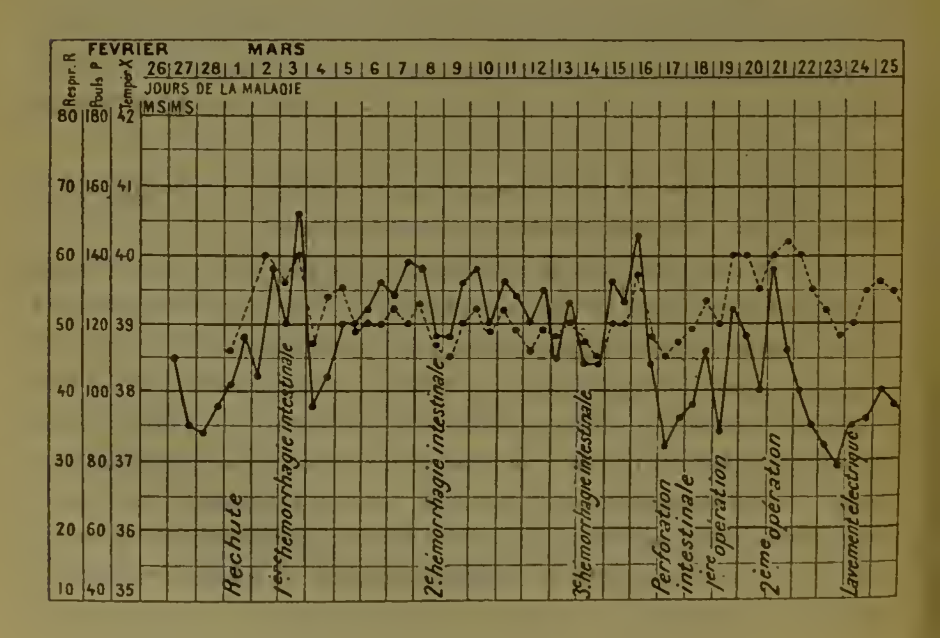
Nous avions été frappés pendant l'administration du lavement électrique de la douleur considérable qu'accusait la malade, de la pâleur et de l'angoisse du visage ; ces phénomènes s'étaient accusés au point qu'elle avait failli avoir une syncope à la fin du lavement, bien qu'il eût été administré avec toutes les précautions d'usage.

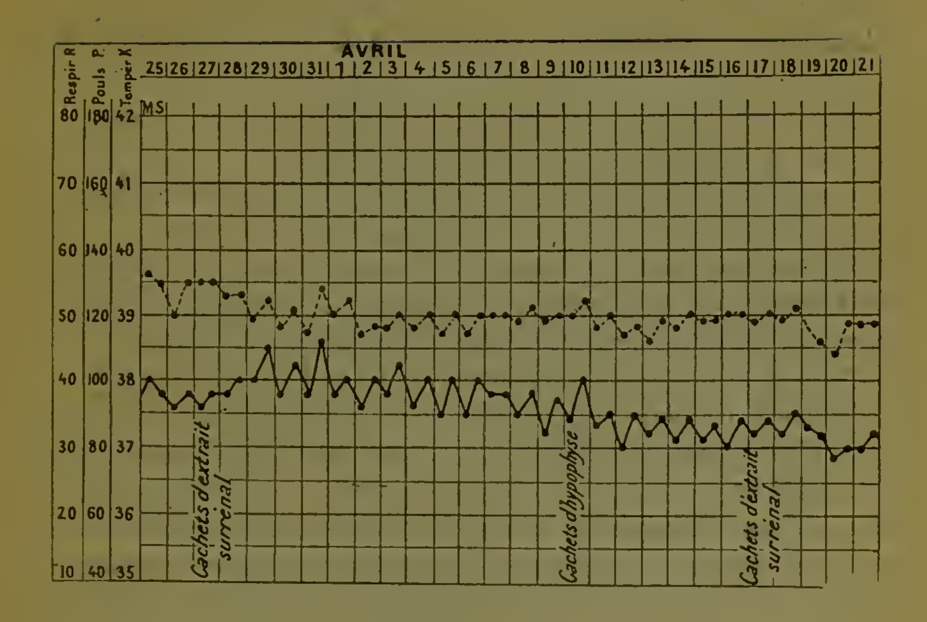
Les jours qui suivirent, bien que la température s'abaissât normalement, que les selles reparussent régulières, que l'alimentation liquide fût de nouveau possible, il restait un symptôme extrêmement impressionnant par sa gravité.

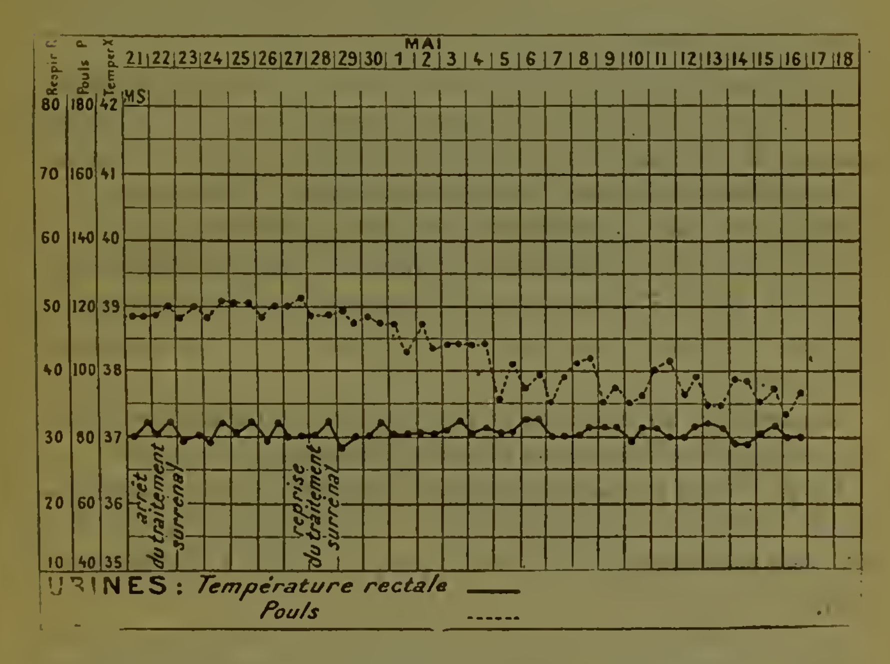
Quoique les battements cardiaques parussent normaux, le pouls était excessivement rapide, il se tenait aux environs de 130 à 140 constamment.

Les injections de sérum que nous étions obligés de faire depuis longtemps et qui s'absorbaient très rapidement, formaient en ce moment de vastes poches qui pendaient aux cuisses et au flanc gauche de la malade. Il était parfaitement certain que sa pression artérielle devait être faible.

Rapprochant cette constatation du choc que la malade avait







éprouvé du lavement électrique, de l'extrême rapidité du pouls, des hémorrhagies multiples qu'elle avait présentées depuis le début de la rechute, de la pâleur du visage et des téguments, des tendances à la syncope qu'elle présentait] dès qu'elle essayait de quitter le décubitus dorsal, nous pensâmes que les glandes sur-

rénales devaient être chez elle profondément altérées, et que les phénomènes aetuellement menaçants étaient dus à de l'insuffisance surrénale,

Nous déeidâmes de lui donner aussitôt de l'extrait surrénal à la dose de 40 à 60 eentigrammes par jour.

En 48 heures, le pouls tomba de 140 à 120, il devint plus fort, l'émission des urines passa de 200 grammes à 1.200, puis à 1.500 grammes par 24 heures. Les vastes poehes que formaient de ehaque eôté les injections de sérum non absorbées, diminuèrent rapidement, mais ne disparurent qu'après une semaine.

A dater de ee jour, notre malade entra définitivement en convaleseence, les plaies opératoires se cicatrisèrent dans les délais normaux. La seconde incision de la fosse iliaque fut fermée dans les premiers jours de mai. L'ineision lombaire fut lente à se eieatriser. Nous n'osâmes pas d'ailleurs, dans la erainte d'une fistulisation possible, lui retirer son draînage ; nous l'avons prudemment diminué à mesure que l'incision se rétréeissait, et nous l'avons supprimé seulement le 20 juin, alors qu'il ne restait plus qu'un trajet court et très étroit.

Nous fûmes obligés de eontinuer presque eonstamment jusqu'à ces derniers temps l'usage de l'opothérapie surrénale. La malade en prit du 27 mars au 9 avril. A eette date, les phénomènes d'insuffisanee surrénale s'étant très atténués, le rythme embryocardique du eœur paraissant s'installer de nouveau ainsi que l'insomnie, nous essayâmes de donner de l'extrait d'hypophyse du 10 au 16 avril, nous devons reeonnaître que nous n'avons eu d'autre résultat, qu'un léger ralentissement du pouls pendant trois jours.

A partir du 17 avril, nous redonnâmes de l'extrait surrénal, les urines ayant diminué et le pouls redevenant très rapide.

Le 21 avril, l'aetion du traitement s'étant de nouveau très nettement manifestée, nous essayâmes de le suspendre, mais nous dûmes y revenir dès le 28 avril et jusqu'au 16 mai sans interruption.

Aujourd'hui l'alimentation, le sommeil sont revenus eomme autrefois, la malade a pris 6 kilos de poids, elle reprend peu à peu sa vie normale.

De cette longue lutte contre une maladie à mani-

festations si étrangement diverses, il nous a paru possible de tirer quelques enseignements.

Il est parfaitement certain que la malade a dû son salut à la localisation extra-péritonéale de l'infection produite par la perforation de l'intestin. Cette perforation d'après les constatations que nous avons faites au cours de nos deux interventions, s'est faite comme presque toujours dans la région iléo-cœcale.

Il est probable qu'elle a fusé en arrière du cœcum ou de l'iléon et que la voie suivie par l'infection a été celle du méso-cœcum ou de l'extrémité inférieure du mésentère.

Les abcès développés dans le fascia sous-péritonéal sont d'observation courante pour le chirurgien.

L'un de ceux que présenta notre malade offre un certain intérêt en raison de son contenu uniquement gazeux et des symptômes qui le révélèrent. Il se manifesta avec toutes les apparences d'une collection liquide et une matité absolue à la percussion.

L'un de nous a observé deux autres cas d'abcès uniquement gazeux ; il s'agissait dans un de ces cas d'une collection de la région lombaire, consécutive à une appendicite ; dans l'autre d'un phlegmon de la loge postérieure du cou. Dans ces deux autres cas, les phénomènes furent les mêmes : collections se développant rapidement avec des symptômes généraux graves, susceptibles de voir leur volume se modifier légèrement et spontanément, absolument mates à la percussion.

Un seul caractère que nous avons trouvé, toujours le même, dans ces trois cas et que nous n'avons rencontré que là, nous a permis dans le dernier, de prévoir le contenu gazeux : c'est à la palpation bi-manuelle, une rénitence élastique toute particulière.

A la réflexion, il ne paraît pas impossible que les

collections gazeuses se manifestent par des symptômes voisins de ceux des collections liquides, les lois physiques qui régissent les liquides étant les mêmes que celles des mélanges gazeux, loi de Mariotte, loi de Dalton Henry, etc. Il peut se faire que dans certaines conditions de température et de pression, la résonance des milieux gazeux soit analogue à celles des liquides.

Les accidents d'asthénie grave survenus au début de la convalescence ont permis de vérifier les théories si brillamment soutenues par les auteurs modernes sur le rôle des glandes vasculaires sanguines dans la pathogénie des troubles cardio-vasculaires au cours des maladies infectieuses.

L'observation clinique, la courbe du pouls ont prouvé jusqu'à l'évidence que chez notre malade, les accidents de collapsus menaçant, la baisse de la pression artérielle, l'oligurie, l'accélération du cœur et du pouls avaient pour origine l'altération des glandes surrénales.

L'opothérapie surrénale a paru agir non seulement comme médicament curateur d'accidents de haute gravité, mais aussi comme un véritable élément de réparation des surrénales malades.

Le traitement opothérapique des complications cardio-vasculaires des maladies infectieuses compte ainsi à son actif un succès de plus, tout à l'honneur de ceux de nos maîtres de l'école française qui ont éclairé la pathogénie de ces accidents d'une lumière nouvelle.